

200 18 414 IV
KNB/BOC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. Dezember 2018

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 30. April 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1970 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 23. März 2015 unter Hinweis auf einen Bandscheibenvorfall und eine Augenoperation bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1). Nachdem die Versicherte die bisherige Tätigkeit ab dem 1. April 2015 wieder zu 100 % aufgenommen hatte (AB 11), wies die IVB nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 18. Juni 2015 ab (AB 12 f.).

B.

Am 13. Februar 2017 meldete sich die Versicherte – nach einer Meldung zur Früherfassung durch ihre Arbeitgeberin – erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (AB 14, 16). Zur Begründung verwies sie auf chronische überlastungsbedingte Polyarthralgien, DD chronic wide spread Syndrom, Knieschmerzen links, DD aktivierte Arthrose, DD myofasziale Beschwerden, chronische zerviko- und lumbovertbrale Schmerzen, Schulterimpingement beidseits, Karpaltunnelsyndrom beidseits und Nebendiagnosen. Die IVB nahm in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen vor (AB 23, 28, 29.1 - 29.6, 35) und zog die Akten der zuständigen Krankentaggeldversicherung, der C. _____ AG, bei (AB 25, 26.1 - 26.4, 38.1 - 38.3, 41.1 - 41.2).

Nach Einholung von zwei Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) und der Durchführung des Vorbescheidverfahrens (AB 43 f., 45 - 47, 49 - 51, 53, 55 f., 60 f., 64 f., 67) verneinte die IVB mit Verfügung vom 30. April 2018 bei einem Invaliditätsgrad von 17 % den Anspruch auf eine Invalidenrente (AB 70).

C.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 31. Mai 2018 Beschwerde. Sie beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung seien die ihr zustehenden Leistungen der Invalidenversicherung zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Eingabe vom 4. Juni 2018 reichte die Beschwerdeführerin wie beschwerdeweise angekündigt eine Bestätigung von lic. phil. D. _____, Fachpsychologe am Spital E. _____, vom 31. Mai 2018 ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 6. Juli 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1

i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde grundsätzlich einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 30. April 2018 (AB 70). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente (AB 70). Soweit die Beschwerdeführerin weitere Ansprüche geltend macht, ist auf die Beschwerde nicht einzutreten (BGE 125 V 413 E. 1a S. 414).

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.5 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kennt-

nis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.6 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2017 IV Nr. 13 S. 31 E. 3, 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberoücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

2.7 Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund

vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

2.8

2.8.1 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Dies gilt analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

Nach Eingang einer Neuanschuldung oder eines Revisionsgesuchs ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei hat sie unter anderem zu berücksichtigen, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den der Richter grundsätzlich zu respektieren hat. Die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung

ist deshalb vom Gericht nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

2.8.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.8.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung vom Februar 2017 (AB 16) eingetreten und hat den Anspruch materiell abgeklärt. Damit ist die Eintretensfrage nicht zu beurteilen (vgl. E. 2.8.1 hiervor). Zu prüfen ist, ob seit der Verneinung des Leistungsanspruchs mit Verfügung vom 18. Juni 2015 (AB 13) bis zum Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 30. April 2018 (AB 70) eine Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist (vgl. E. 2.8.3 hiervor). In diesem Zusammenhang stellt sich insbesondere die Frage, ob die aktuelle medizinische Situation hinreichend abgeklärt ist.

3.2 Den Akten ist in medizinischer Hinsicht seit der Neuanmeldung vom 13. Februar 2017 (AB 16) im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Im Bericht vom 29. Dezember 2016 (AB 39/12 - 14) gab Prof. Dr. med. F._____, Spital E._____, die folgenden (Haupt-)Diagnosen an:

1. Knieschmerzen links
2. Chronische überlastungsbedingte Polyarthralgien, DD chronic wide spread pain Syndrom
3. Chronische zerviko- und lumbovertebrale Schmerzen
4. Schulterimpingement beidseits
5. Karpaltunnelsyndrom beidseits

Er hielt fest, die Beschwerdeführerin stelle sich wie geplant für eine Verlaufskontrolle nach Ende des ambulanten muskuloskelettalen Rehabilitationsprogrammes vor, welches vom 29. August bis 25. November 2016 durchgeführt worden sei. Insgesamt habe sie sehr vom Programm profitiert, sie habe viel aus den Therapien für den Alltag übernehmen können. Die Schmerzen hätten sich regredient gezeigt, der Schmerzumfang und die Leistungsfähigkeit hätten sich gebessert. Eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit sei vom 16. September 2016 bis 31. Januar 2017 mit steigendem therapeutischem Arbeitsversuch (zwei-wöchentlich um 10 %) ausgestellt worden. Schlussendlich sollte die Beschwerdeführerin ab Februar 2017 zu 100 % arbeitsfähig sein. Es bestehe eine Beschränkung für Lastentragen von 8kg. Bei einem BMI von 35.7 kg/m² (87kg bei 156cm Körpergrösse) sollte eine Gewichtsreduktion angestrebt werden.

3.2.2 Prof. Dr. med. F._____ hielt im Bericht vom 14. Februar 2017 (AB 39/10 f.) bei unveränderten (Haupt-)Diagnosen fest, die Konsultation heute habe zum Ziel, die Arbeitssituation zu besprechen. Aufgrund der belastungsabhängigen Beschwerden bei den langen Schichten, habe er aktuell eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vom 1. bis 28. Februar 2017), verteilt auf fünf Morgen. Die Beschwerdeführerin werde eine IV-Anmeldung vornehmen. Diesbezüglich werde die Durchführung einer Begutachtung inklusive EFL empfohlen.

3.2.3 Im Bericht vom 16. März 2017 (AB 39/7 - 9) gab Prof. Dr. med. F._____ bei unveränderten (Haupt-)Diagnosen an, die Beschwerdefüh-

lerin habe die reguläre Arbeit aktuell zu 50 % aufgenommen, was sie knapp toleriert habe. Die Physiotherapie im Hause werde fortgesetzt, aufgrund eines klinisch möglichen Kniegelenkergusses links habe er eine Punktion und anschliessend Infiltration mit Glukokortikoiden vorgenommen, wobei keine Flüssigkeit habe aspiriert werden können. Es werde weiterhin eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit für einen Monat attestiert.

3.2.4 Prof. Dr. med. F. _____ hielt im Bericht vom 18. April 2017 (AB 39/4 - 6) bei unveränderten (Haupt-)Diagnosen fest, seitens der Rückenbeschwerden sei es zu einer deutlichen Verbesserung unter Physiotherapie gekommen, so dass das 50 %-ige Arbeitspensum nun besser durchgehalten werden könne. Die Kniegelenksinjektion mit Glukokortikoiden habe während zwei Wochen zu einem ordentlichen Ansprechen geführt, vorübergehend jedoch in der ersten Woche zu einer Schmerzzunahme. Aktuell könne im Ultraschall kein Erguss nachgewiesen werden. Therapeutisch werde die Beschwerdeführerin weiterhin durch die Physiotherapie betreut, die Arbeitsfähigkeit sei für einen Monat noch bei 50 % zu belassen; mit der Beschwerdeführerin sei die Steigerung ab Mai 2017 auf 60 % besprochen worden.

3.2.5 Im Bericht vom 4. Juli 2017 (AB 38.2/3 - 5) zu Händen der Taggeldversicherung C. _____ AG führte Prof. Dr. med. F. _____ die folgende Diagnose auf:

- Überlastungsbedingte Polyarthralgien, DD Chronic Wide Spread Pain Syndrom

Er hielt sodann fest, bei der Beschwerdeführerin seien diverse Gelenke (Schulter, Knie) infiltiert worden, zudem seien eine systemische Glukokortikoid-Therapie sowie eine Therapie mit Plaquenil durchgeführt worden. Ausserdem habe sie eine dreimonatige ambulante Rehabilitation vom 29. August bis 25. November 2016 durchgeführt. Es bestünden Polyarthralgien mit einer Dekonditionierung, aktuell vor allem linksseitige Knie-schmerzen; die Beschwerdeführerin könne aktuell nicht länger als einen halben Tag stehen. Es wurde vom 26. September 2016 bis 31. Januar 2017 eine 100 %-ige und ab dem 1. Februar 2017 eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Durch weiterhin intensive berufsbegleitende Physiotherapie liessen sich die Einschränkungen vermindern. Ab ein bis zwei

Monaten könne mit einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit auf 60 - 75 % gerechnet werden.

3.2.6 Prof. Dr. med. F. _____ führte im undatierten, bei der Beschwerdeführerin am 5. Juli 2017 (AB 35) eingegangenen Bericht die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

Chronische überlastungsbedingte Polyarthralgien

- DD chronic wide spread pain Syndrom
- Adipositas Grad 2

Er hielt sodann fest, die Beschwerdeführerin leide an chronischen überlastungsbedingten Polyarthralgien, differentialdiagnostisch im Rahmen einer Fibromyalgie, mit führend Knieschmerzen links. Die Beschwerdeführerin sei als ... im H. _____ lange Zeit 100 % arbeitstätig gewesen, habe die Arbeit jedoch nicht mehr zur Zufriedenheit des Arbeitgebers ausüben können, weshalb bereits vor der stationären Evaluation durch den Arbeitgeber eine IV-Anmeldung gemacht worden sei. Es bestünden teilweise skelettszintigraphisch dokumentierte aktive Arthrosen, OSG-Gelenke, AZ-Gelenk und MTP I. Es bestehe keine humorale Aktivität und kein Hinweis auf eine entzündliche Erkrankung. Es bestünden Ganzkörperschmerzen, mit Betonung des Rückens und des Kniegelenks links mit Einschränkung der Belastbarkeit und Steigerung der Knieschmerzen bei langem Stehen. Der Arzt attestierte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... vom 16. September 2016 bis 31. Januar 2017 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit und dazu einen therapeutischen Arbeitsversuch. Die Arbeitsfähigkeit sei ab 1. Februar 2017 auf 50 % gesteigert worden. Eine (weitere) Steigerung des Arbeitspensums sei bisher aufgrund der Knieschmerzen nicht möglich gewesen. Es sei geplant gewesen, dass eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit wieder erreicht werden könne. Ab dem 1. August 2017 könne mit einer 60 %-igen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Falls die Beschwerdeführerin die Arbeitsfähigkeit nicht weiter steigern könne, werde eine Begutachtung mit Durchführung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit empfohlen.

3.2.7 Im Bericht vom 21. Juli 2017 (AB 39/1 - 3) gab Prof. Dr. med. F. _____ bei unveränderten (Haupt-)Diagnosen an, aktuell stünden weiterhin die Beschwerden im Kniegelenk links im Vordergrund, wo die Be-

schwerdeführerin jedoch unter intensiver Physiotherapie weiterhin Fortschritte mache. Die Arbeitsfähigkeit habe nicht, wie vorgesehen, auf 60 % gesteigert werden können. Diesbezüglich sei auch noch ein Konflikt am Arbeitsplatz mitbeteiligt. Es sei weiterhin regelmässige und intensive Physiotherapie im Hause mit Stabilisierung und Kräftigung vorgesehen. Die Arbeitsunfähigkeit liege weiterhin bei 50 %, ab Anfang September sei die Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 60 % vorgesehen.

3.2.8 Der RAD-Arzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht vom 2. November 2017 (AB 43) die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf (AB 43/5):

- Beginnende femoropatelläre und mediale Gonarthrose links (nach zweifacher Operation 1990 und 2010)
- Chronisches vertebrales Schmerzsyndrom
 - Diskushernienoperation L4/5 links 11/2014
 - Mehrsegmentale degenerative Veränderungen der LWS, kleine Rezidiv-Diskushernie L4/5
- Schulter-Impingement beidseits mit Bursitis subacromialis

Dr. med. I. _____ hielt fest, das linke Kniegelenk und die lumbale Wirbelsäule seien dauerhaft vermindert belastbar; vermindert belastbar seien zurzeit auch die beiden Schultern. In ihrer jetzigen Arbeitstätigkeit als ... gelte die von Prof. Dr. med. F. _____ festgesetzte Arbeitsunfähigkeit von 40 %, wobei diese Arbeitsunfähigkeit vorwiegend auf einer leistungsmässigen Einbusse beruhe. Prof. Dr. med. F. _____ zeige sich – wie aus seinem Bericht hervorgehe – auch bestrebt, diese Arbeitsunfähigkeit nach Möglichkeit im Verlaufe der nächsten Monate zu reduzieren. In einer leidensangepassten Tätigkeit seien der Beschwerdeführerin seit dem 1. Februar 2017 leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ganztags über 8.5 Stunden ohne zusätzliche Leistungsminderung zumutbar. Zu vermeiden seien Zwangshaltungen, Rotation im Sitzen/Stehen unter Gewichtsbelastung, das Heben von Lasten körperfern, repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, Überkopfarbeiten, das Besteigen von Leitern, repetitives Kauern, Bücken oder Tätigkeiten in nach vorne geneigter Haltung sowie repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich der HWS und LWS. In Ausnahmefällen und in nicht repetitiver Weise könnten Gewichte von 10 -

15kg gehoben und getragen werden. Weitere medizinische Abklärungen würden nicht empfohlen.

3.2.9 Im Bericht vom 11. April 2018 (AB 67) führte der RAD-Arzt Dr. med. I._____ aus, seit der Anmeldung bei der IV bis jetzt finde sich in den verfügbaren Akten kein Anhaltspunkt für eine psychiatrische Erkrankung oder eine diesbezügliche fachärztliche Behandlung. Zur Schmerzmodulation sei, wie aus dem Bericht des Spitals E._____ vom 19. August 2015 hervorgehe, Remeron (Mirtazapin 15mg abends), verschrieben worden. Dieses Medikament, welches auf den Serotoninstoffwechsel einwirke, werde wie auch das Amitriptylin, in niedriger Dosierung, im Rahmen rheumatischer Erkrankungen verschrieben. Von einer Verschreibung aufgrund eines psychiatrischen Grundleidens (was häufiger der Fall sei) sei hier nicht die Rede. Die „erheblichen, objektivierbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen“ im Bereich des Bewegungsapparates seien mehrfach, umfassend und kompetent durch Prof. Dr. med. Stefan F._____, Spital E._____, beurteilt worden. Auf diese Berichte stütze sich auch die RAD-Beurteilung vom 2. November 2017 ab. Eine zusätzliche rheumatologische oder orthopädische Beurteilung, sei es durch ein Gutachten oder durch den RAD, erscheine somit nicht angebracht. Auf die RAD-Beurteilung vom 2. November 2017 könne weiterhin abgestellt werden. Angesichts der ausführlichen, umfassenden und kompetenten Berichtslage sei der Nutzen weiterer gutachterlicher Abklärungen/Beurteilungen nicht ersichtlich.

3.2.10 Am 31. Mai 2018 bestätigte lic. phil D._____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, dass die Beschwerdeführerin seit November 2017 bei ihm in psychologisch-psychotherapeutischer Behandlung sei (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 3).

4.

4.1

4.1.1 Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung vom 30. April 2018 (AB 70) für die Beurteilung der Invalidität auf die Aktenberichte des RAD-Arztes Dr. med. I._____ vom 2. November 2017 (AB

43) und 11. April 2018 (AB 67) ab. Der RAD-Arzt würdigte den medizinischen Sachverhalt allein gestützt auf die vorhandenen Akten, ohne die Beschwerdeführerin selber untersucht zu haben. Bei den erwähnten RAD-Berichten handelt es sich somit mangels selbst erhobener medizinischer Befunde nicht um Untersuchungsberichte im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV, sondern lediglich um interne Berichte bzw. um eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht im Sinne von Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG i.V.m. Art. 49 Abs. 1 IVV (vgl. BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 64; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. März 2018, 9C_524/2017, E. 5.1; ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 562). Die RAD-Berichte vermögen daher lediglich dazu Stellung zu nehmen, ob der einen oder anderen Ansicht zu folgen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 64; BGer 9C_524/2017, E. 5.1).

Zwar können auch reine Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen regionaler ärztlicher Dienste (vgl. E. 2.7 hiervor und BGer 9C_524/2017, E. 5.1). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. E. 2.6 hiervor und BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65).

4.1.2 Der RAD-Arzt Dr. med. I. _____ hat sich nicht darauf beschränkt zu sagen, auf welche ärztliche Meinung abzustellen ist bzw. ob weitere Abklärungen notwendig sind (vgl. E. 4.1.1 hiervor). Vielmehr hat er die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit mit dem entsprechenden Zumutbarkeitsprofil definiert (AB 43), dies deshalb, weil sich der behandelnde Arzt Prof. Dr. med. F. _____ allein zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als ... bei H. _____ geäußert hat; dieser attes-

tierte ab dem 16. bzw. 26. September 2016 bis 31. Januar 2017 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit, ab dem 1. Februar 2017 ging Prof. Dr. med. F. _____ von einer 50 %-igen Arbeitsfähigkeit und (spätestens) ab 1. September 2017 von einer 60 %-igen Arbeitsfähigkeit aus, wobei er eine weitere Steigerungsmöglichkeit nicht ausschloss (AB 35; 38.2/2 f.; 39/2, 5, 8, 11, 13). Das Vorgehen des RAD-Arztes überzeugt nicht restlos, da der behandelnde Arzt Prof. Dr. med. F. _____ eine Begutachtung mit Durchführung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit für den Fall empfohlen hat, dass die Beschwerdeführerin die Arbeitsfähigkeit nicht weiter steigern könne (AB 35, 39/10 f.). Wie aus dem Protokoll der Beschwerdegegnerin per 6. Juli 2018, S. 3 (im Gerichtsossier) hervorgeht, hat die Beschwerdeführerin auch am 16. März 2018 ihre Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit nicht über ein 60 %-Pensum gesteigert. Eine aktuelle Beurteilung des behandelnden Prof. Dr. med. F. _____ zum Ausmass der Arbeitsfähigkeit liegt nicht vor.

4.1.3 Schliesslich ist zu berücksichtigen, dass der Umstand, wonach die Beschwerdeführerin seit November 2017 in psychologisch-psychotherapeutischer Behandlung ist (BB 3) und die Remeron-Dosis nun bei 30mg täglich liegt (BB 3; AB 39/16), nicht in die versicherungsinterne Beurteilung eingeflossen ist. Gemäss Angaben in der Beschwerde, S. 5, soll die Remeron-Dosis mittlerweile auf 45mg pro Tag gesteigert worden sein. Ein psychisches Leiden kann somit nicht von vornherein ausgeschlossen werden.

4.2 Nach dem Dargelegten bestehen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Aktenberichte des RAD vom 2. November 2017 (AB 43) und 11. April 2018 (AB 67), weshalb darauf nicht abschliessend abgestellt werden kann (vgl. E. 2.5 und 2.6 hiervor). Der Sachverhalt ist somit hinsichtlich der zumutbaren Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ungenügend abgeklärt. Da die Beschwerdegegnerin bisher keine externe Begutachtung veranlasst hat, ist es – anders als in der Beschwerde, S. 4, erwähnt – nicht am Gericht, sondern vorab an ihr, dies nun in die Wege zu leiten (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264). Die Angelegenheit ist deshalb unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 30. April 2018 (AB 70) an die Verwal-

tung zurückzuweisen, damit sie eine umfassende medizinische Begutachtung veranlasse und anschliessend über den Rentenanspruch neu verfüge.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

5.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streit Sache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Mit Kostennote vom 24. Juli 2018 macht Rechtsanwalt B._____ ein Honorar von Fr. 2'100.-- (8.40 h à Fr. 250.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 29.30 und Mehrwertsteuer von Fr. 163.95 (7.7 % von Fr. 2'129.30), total Fr. 2'293.25, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Die Parteientschädigung wird folglich auf Fr. 2'293.25 festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Soweit darauf einzutreten ist, wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 30. April 2018 in Gutheissung der Beschwerde aufge-

hoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'293.25 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.